

Implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Daerah (Studi Kasus Jkss di Kabupaten Bangka)

Zenderi Wardani

Mahasiswa Pascasarjana Universitas Terbuka Pangkal Pinang

Abstract: Jaminan Kesehatan Sepintu Sedulang (JKSS) is a form of public policy in improving basic services as mandatory government affairs to public in the regional autonomy era financing from local budget (APBD). This policy was approved by the Decree of Bangka District No. 188.45/236/Kes/2005. There are many obstacles in implementing this policy. Then these obstacles become the research focus to see the implementation process base on the policy content and implementation context in basic health services and referral. To improve the implementation of this policy more effective and efficient, some suggestions can be considered such as implementation of an appropriate capitation system, strengthening human resources and organization or the implementing agency (Bapel) it self separately as legal basis in implementing this policy to be local regulation (Perda).

Key Words: Public Policy, Implementation Content, Implementation Context

Abstrak: Jaminan Kesehatan Sepintu Sedulang (JKSS) adalah sebuah kebijakan publik yang berupaya untuk meningkatkan pelayanan dasar sebagai mandat pemerintah. Kebijakan ini telah disetujui melalui Perda Kabupaten Bangka No. 188.45/236/Kes/2005, namun terdapat banyak kendala dalam proses implementasinya, kendala-kendala tersebut yang kemudian menjadi fokus penelitian ini. Untuk meningkatkan efektivitas dan efisiensi implementasi kebijakan diperlukan penguatan sumber daya manusia dan kapasitas organisasi.

Kata Kunci: Kebijakan Publik, Implementasi Isi, Implementasi Konteks

PENDAHULUAN

Amandemen keempat terhadap Undang-undang Dasar (UUD) 1945 pasal 34 ayat 2 mengamanatkan negara untuk mengembangkan jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu, sesuai dengan martabat kemanusiaan. Konstitusi ini diterjemahkan lebih khusus dalam Undang-undang (UU) Nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan mengisyaratkan hak yang sama bagi masyarakat untuk memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan, memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau serta secara mandiri dan bertanggung jawab menentukan sendiri pelayanan kesehatan yang diperlukan bagi dirinya.

Dalam UU tersebut juga menyatakan bahwa setiap orang berkewajiban turut serta dalam program jaminan kesehatan sosial dan pemerintah bertanggung jawab atas pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat melalui sistem jaminan sosial nasional bagi upaya kesehatan perorangan. Terkait dengan jaminan sosial kesehatan, UU Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) juga telah memberikan jaminan kepada warga negara untuk dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya secara layak. Lebih lanjut, UU Nomor 32 tahun 2004 tentang Pemerintah Daerah telah pula memberikan rambu bahwa

pelayanan dasar termasuk kesehatan merupakan urusan wajib pemerintah daerah berdasarkan otonomi daerah dan tugas perbantuan.

Oleh karena itu Pemerintah Kabupaten Bangka, Provinsi Kepulauan Bangka Belitung pada bulan Juli 2005 melaksanakan secara bertahap Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM), yang lebih dikenal dengan Jaminan Kesehatan Sepintu Sedulang (JKSS) di 4 (empat) wilayah kecamatan yaitu Pemali, Puding Besar, Bakam dan Mendo Barat. Jaminan Kesehatan Sepintu Sedulang (JKSS) Kabupaten Bangka dibentuk dengan Surat Keputusan Bupati Bangka Nomor 188.45/236/KES/2005 tentang Pelaksanaan Program JKSS, dengan dana awal dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) Kabupaten Bangka tahun 2005 sebesar Rp.1.791.172.000,-. Pelayanan kesehatan melalui JKSS yang dibiayai APBD Kabupaten Bangka ini bertitik tolak dari gambaran masyarakat yang belum sepenuhnya dijamin pelayanan kesehatan sebesar 79,39% dari jumlah penduduk. Sedangkan yang dijamin hanya sebesar 5,74% oleh Askes Reguler dan 14,87% oleh Askeskin/Jamkesmas dari pemerintah pusat.

Kemudian Tahun 2006, Pemerintah Kabupaten Bangka menganggap penting untuk menjalankan skema ini lebih luas di seluruh wilayah kecamatan yaitu 8 (delapan) kecamatan yang meliputi 10 (sepuluh) Puskesmas, seluruh Puskesmas Pembantu (Pustu) dan Pondok Bersalin Desa (Polindes) serta 4 (empat) tempat dokter praktek swasta (DPS) di 4 kecamatan awal. Dana yang dibutuhkan dari APBD Kabupaten Bangka sebesar Rp. 3.158.284.800,-. Selanjutnya pada tahun 2007 dianggarkan dana APBD Kabupaten Bangka sebesar Rp. 6 Milyar dengan cakupan pelayanan lebih diperluas sampai ke tingkat pelayanan rawat inap kelas 3 di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Sungailiat, Kabupaten Bangka.

Selanjutnya masyarakat juga bisa mendapatkan pelayanan kesehatan rujukan di Rumah Sakit Umum Depati Hamzah (RSDH) Pangkalpinang dan Rumah Sakit Jiwa Provinsi Kepulauan Bangka Belitung pada Tahun 2008. Dan terakhir pada Tahun 2009 JKSS juga telah menjalin kerja sama dengan Rumah Sakit Cipto Mangunkusomo (RSCM) Jakarta untuk melayani pelayanan kesehatan rujukan lanjutan.

Program JKSS dalam implementasinya merupakan bentuk kebijakan pemerintah daerah dalam meningkatkan pelayanan publik di era otonomi terutama dalam pelayanan dasar kesehatan yang menjadi urusan wajib daerah. Kabupaten Bangka dianggap unik dalam hal jaminan kesehatannya, karena tidak hanya mengikutsertakan keluarga miskin dalam skemanya, tetapi juga keluarga tidak miskin atau mampu. Masyarakat miskin dan tidak miskin menerima jaminan kesehatan yang pembiayaannya seluruhnya disubsidi pemerintah daerah. Tujuan program ini adalah untuk mencapai jaminan kesehatan untuk semua warga masyarakat (*universal coverage*) di Kabupaten Bangka, baik masyarakat yang miskin, yang juga bisa memanfaatkan Jamkesmas (Jaminan Kesehatan Masyarakat) dari pemerintah pusat (dulu Askeskin), maupun masyarakat yang tidak miskin.

Keadaan ini menuntut program jaminan kesehatan untuk lebih mampu memberikan pelayanan yang lebih berkualitas, dalam arti lebih berorientasi kepada aspirasi seluruh masyarakat, lebih efisien, efektif dan bertanggung jawab (*accountable*). Dengan kata lain pelaksanaan jaminan kesehatan di era otonomi

daerah adalah juga upaya untuk meningkatkan kualitas pelayanan (Mohamad, 2003). Dimensi lainnya dari manajemen pelayanan adalah urgensi untuk memberikan *better value for money* yang berarti sejauh mana pemerintah daerah mampu melaksanakan pelayanan ekonomis, efektif dan efisien. Masyarakat sebagai *customer* dan sekaligus *citizen* makin mempunyai pengaruh dalam menentukan jenis dan kualitas pelayanan yang diinginkan. Masyarakat menjadi lebih terlibat dalam menentukan jenis pelayanan apa yang dibutuhkan, kapan dibutuhkan, bagaimana penyediaan pelayanan tersebut dan siapa yang menyediakannya (Solihin, 2003).

Hanya saja pada kenyataannya, pelayanan kesehatan terhadap masyarakat melalui JKSS masih menemui berbagai permasalahan yang bisa berpengaruh dalam pengendalian biaya pelayanan kesehatan, peningkatan mutu, transparansi dan akuntabilitas. Hal tersebut terungkap berdasarkan hasil asistensi yang dilakukan oleh Badan Pemeriksaan Keuangan dan Pembangunan (BPKP) pada Tahun 2008, bahwa masih terdapat kendala dalam implementasi JKSS tersebut, diantaranya masalah kepesertaan yang perlu ditetapkan dengan persyaratan tertentu sehingga diperlukan kategori JKSS masyarakat miskin dan reguler, lemahnya pengendalian biaya melalui verifikasi di Unit Pelaksana Teknis Daerah (UPTD) Jamkesmas sebagai pengelola JKSS, dan rumah sakit serta puskesmas. Selain itu masih terjadi kendala dalam kecepatan pembayaran klaim, kurangnya pengendalian atas penerbitan kartu kepesertaan, perlunya penerbitan bukti pelayanan yang dilakukan serta pengembangan sistem informasi yang terpadu, dengan memanfaatkan jaringan *online* Sistem Informasi Puskesmas (SIMPUS).

Dalam laporan pelaksanaan JKSS masih terdapat masalah utilisasi terutama rawat jalan di Puskesmas dan Dokter Praktek Swasta (DPS), yang dapat dilihat dalam tabel berikut:

Tabel 1. Rata-rata Kunjungan Rawat Jalan di Puskesmas dan DPS, Tahun 2008 – 2009

o	Tahun Anggaran	Jumlah Penduduk (jiwa)	Jumlah Kunjungan/ Tahun (jiwa)		Persentase Total Kunjungan / Bulan (%)
			Puskesmas	DPS	
.	2008	241.870	146.662	53.270	6,89
.	2009	240.137	199.030	95.229	10,21

Sumber: Laporan JKSS terolah

Tabel ini menunjukkan bahwa selama dua tahun terakhir penyelenggaraan pelayanan kesehatan melalui program JKSS ini menunjukkan persentase kunjungan rawat jalan yang masih rendah terhadap pelayanan JKSS bila dibandingkan dengan standar minimal yang mempersyaratkan persentase di atas 15%. Hal ini bisa diasumsikan bahwa pemanfaatan atau utilisasi terhadap program ini masih rendah.

Permasalahan juga terjadi bila merujuk pada data penyerapan dana JKSS. Pada tahun 2008 untuk klaim pembayaran di Dokter Praktek Swasta atau DPS (Rp.

1.113.605.650,-) menunjukkan bahwa penyerapan dana yang lebih besar dibandingkan penyerapan dana untuk pelayanan di Puskesmas Rawat Jalan dan Rawat Inap yang masing-masing dibawah Rp. 1 Milyar. Hal ini masih terjadi pada tahun 2009 yang menunjukkan pembayaran klaim di DPS masih lebih tinggi dibandingkan dengan pembayaran klaim di tempat pelayanan kesehatan pemerintah terutama Puskesmas. Kenyataan ini kontradiktif dengan utilisasi atau pemanfaatan pelayanan JKSS yang masih rendah sehingga dapat diasumsikan bahwa program JKSS ini belum banyak dimanfaatkan masyarakat terutama pada sarana pelayanan milik pemerintah tersebut.

Mencermati uraian di atas dapat diasumsikan masih terdapat masalah dalam implementasi kebijakan, yakni di satu sisi JKSS sebagai implementasi kebijakan publik dalam meningkatkan pelayanan dasar sebagai urusan wajib pemerintah daerah kepada masyarakat di era otonomi dengan pembiayaan yang tidak kecil, sedangkan di sisi lain masih terdapat kendala dalam pelaksanaannya. Kondisi inilah yang menarik bagi peneliti untuk mencari tahu bagaimana implementasi JKSS di Kabupaten Bangka.

TUJUAN PENELITIAN

Penelitian ini dirancang dengan tujuan untuk menjelaskan implementasi yang terkait isi dan konteks kebijakan Jaminan Kesehatan Sepintu Sedulang (JKSS) dalam mendukung pelayanan kesehatan kepada masyarakat Kabupaten Bangka.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian eksploratif dan menggunakan pendekatan deskriptif kualitatif. Penelitian ini menggunakan strategi studi kasus. Terkait penelitian ini maka studi kasus implementasi kebijakan Jaminan Kesehatan Sepintu Sedulang (JKSS) di Kabupaten Bangka menggunakan tipe studi kasus intrinsik. Sesuai dengan kerangka pikir yang telah disusun sebelumnya maka dalam penelitian ini terdapat beberapa fokus penelitian, yakni melihat proses implementasi dilihat dari isi kebijakan dan konteks implementasi JKSS dalam pelayanan kesehatan dasar dan pelayanan kesehatan rujukan.

Sumber data yang dipakai dalam penelitian ini diperoleh dari informan kunci ini terdiri dari Bupati Bangka, Anggota Dewan Perwakilan Daerah (DPRD) Kabupaten Bangka, Kepala Dinas Kesehatan, UPT (Unit Pelaksana Teknis) Jamkesmas, Rumah Sakit Umum Daerah Sungailiat, DPS (Dokter Praktek Swasta), Puskesmas dan jajarannya serta tokoh masyarakat. Selain itu informasi juga didapatkan dari penelaahan beberapa dokumen dan observasi.

TEMUAN DAN PEMBAHASAN

Gambaran Umum Kabupaten Bangka

Wilayah Kabupaten Bangka berada di Pulau Bangka dan merupakan salah satu kabupaten di Provinsi Kepulauan Bangka Belitung. Kabupaten dengan ibukota Sungailiat ini secara administratif berbatasan dengan Laut Natuna di sebelah utara, Kabupaten Bangka Tengah dan Kota Pangkalpinang di sebelah selatan, dengan

Kabupaten Bangka Barat di sebelah barat, serta berbatasan dengan Selat Karimata di sebelah timur. Secara geografis terletak pada 1°20' - 3°07' Lintang Selatan dan pada 105° - 107° Bujur Timur. Wilayah Kabupaten Bangka mempunyai luas sebesar 2.950,68 km², dengan luas daratan sebesar 11.534,1 km² dan sisanya merupakan daerah perairan.

Menurut Laporan Badan Pusat Statistik maka Indeks Pembangunan Manusia (IPM) atau *Human Development Index* (HDI) Kabupaten Bangka adalah sebesar 69,0 pada tahun 2004 kemudian pada tahun 2005 sebesar 69,3 dan pada tahun 2006 dan 2007 berturut-turut sebesar 70,8 dan 71,24. Ini menunjukkan adanya tren kenaikan dan ini bisa diasumsikan bahwa terjadi perbaikan kondisi derajat kesehatan di Kabupaten Bangka. Beberapa indikator bidang kesehatan yang sangat signifikan pengaruhnya terhadap peningkatan derajat kesehatan masyarakat dapat dilihat dari angka harapan hidup, jumlah kematian ibu, jumlah kematian bayi dan prevalensi gizi kurang.

Data jumlah kematian bayi pada tahun 2008 sebesar 14 orang dan bila dihitung persentase terhadap jumlah bayi lahir hidup adalah 0,15%. Angka ini menunjukkan penurunan sebesar 0,08% dibandingkan tahun 2007. Begitu halnya dengan angka kematian ibu tahun 2008 sebanyak 5 kasus yang mengalami peningkatan dibandingkan tahun sebelumnya. Sedangkan prevalensi kurang gizi di Kabupaten Bangka pada tahun 2007 sebesar 5,7%. Prevalensi ini masih dianggap sebagai masalah kesehatan masyarakat (*public health problem*) karena masih di atas prevalensi 5%.

Akses pelayanan kesehatan dan kemampuan membayar pelayanan kesehatan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi status kesehatan tersebut di atas. Untuk menjamin hal tersebut maka Pemerintah Kabupaten Bangka pada tahun 2005 menggulirkan Jaminan Kesehatan Daerah yang dinamakan Jaminan Kesehatan Sepintu Sedulang.

Kronologis Keputusan Bupati tentang JKSS

Dari pernyataan-pernyataan informan kunci bahwa sebenarnya kebijakan jaminan kesehatan daerah di Kabupaten Bangka ini merupakan adopsi dari Jaminan Kesehatan Jembrana dengan beberapa penyesuaian. Melihat kenyataan ini bahwa pembuatan kebijakan JKSS merupakan tipikal pembuatan kebijakan yang inkremental. Hal ini sesuai dengan yang dikemukakan Lindblom dalam Wahab (2008: 22-23) bahwa seringkali sebuah keputusan merupakan upaya untuk memodifikasi terhadap program-program yang sudah ada dan hal ini sebenarnya realistis karena keputusan ini diambil sebagai wujud dari kesadaran bahwa pihak pembuat keputusan sebenarnya kurang pengalaman, waktu dan sumber-sumber lain dalam melakukan analisis komprehensif terhadap alternatif lain untuk memecahkan suatu masalah. Terlebih bahwa biasanya sikap pragmatis menekankan pada pemecahan masalah yang bisa dilaksanakan, daripada menemukan cara terbaik mengatasi masalah.

Kemudian hal ini diperkuat dengan kenyataan bahwa sejak pelaksanaan kebijakan ini disahkan dengan Keputusan Bupati Bangka Nomor 188.45/236/KES/2005 tentang Pelaksanaan Program JKSS, maka setiap tahun

akandilakukan penyesuaian dan perubahan terhadap keputusan itu. Perubahan terakhir pada tahun 2010 ini dengan diterbitkan Keputusan Bupati Bangka Nomor 118.45/338/KES/2010 tentang Petunjuk Teknis Program Jaminan Kesehatan Sepintu Sedulang (JKSS).

Terkait dengan hal ini maka memang kebijakan yang ditetapkan melalui pendekatan inkremental akan mengalami perubahan sepanjang implementasinya. Sesuai dengan ciri-ciri yang dikemukakan Lindblom dalam Wahab (2008: 107 – 108) bahwa model inkremental itu memiliki gaya konservatif yang dapat dilihat dari penilaiannya terhadap program atau kebijakan baru, misalnya apakah akan ditingkatkan, dikurangi atau dimodifikasi, maka pertimbangan yang dipakai selalu mengacu pada program atau kebijakan lama dan biaya yang telah dikeluarkan sebelumnya. Hal yang sama disampaikan oleh Dunn (2003: 419) bahwa kebijakan yang menganut teori inkremental biasanya secara terus menerus memformulasikan masalah sehingga tujuan, sasaran dan alternatif tindakan pun dilakukan berdasarkan informasi-informasi terbaru yang diperoleh oleh para pembuat keputusan.

Lebih lanjut lagi Dunn (2003:419) menjelaskan ciri-ciri kebijakan inkremental bahwa biasanya juga pembuat keputusan akan menganalisis dan mengevaluasi secara terus menerus alternatif dan langkah yang dijalankan sehingga pilihan-pilihan pun diubah secara terus menerus sepanjang waktu dan tidak dibuat pada satu titik tertentu sebelum tindakan atau keputusan kebijakan tersebut diambil.

Melalui penelaahan dokumen juga menunjukkan bahwa JKSS pada tahun 2005 hanya membiayai atau menjamin pelayanan kesehatan dasar atau pelayanan kesehatan tingkat pertama berupa rawat jalan. Itu pun hanya berlaku atau diimplementasikan di 4 kecamatan yaitu Pemali, Puding Besar, Bakam dan Mendo Barat. Pada tahun 2006 program JKSS berkembang dengan petunjuk teknis yang baru sehingga dikembangkan pelayanan kesehatan yang dilaksanakan di 8 (delapan) kecamatan, yaitu kecamatan awal dikembangkan ditambah Kecamatan Sungailiat, Baturusa, Belinyu dan Merawang. Pelayanan yang diberikan masih pelayanan kesehatan dasar atau pelayanan kesehatan tingkat pertama yang terdiri dari Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP). Pada tahun 2007 diterbitkan lagi Keputusan Bupati Nomor 188.45/12.1/KES/2007 yang mengatur tentang Penetapan Tarif Pelayanan dan Tarif Tindakan Khusus Program JKSS dan dikembangkan lagi pelayanan Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP) di Puskesmas Perawatan yaitu di Belinyu dan Bakam serta pelayanan kesehatan lanjutan atau rujukan di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Sungailiat. Pelayanan kesehatan lanjutan dan rujukan terdiri dari Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL) dan Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL) serta gawat darurat atau *emergency*.

Selanjutnya pada tahun 2008 melalui Keputusan Bupati Nomor 188.45/156/KES/2008, JKSS mengalami perkembangan pelayanan lagi dengan menambah jaminan untuk pelayanan Keluarga Berencana (KB), pelayanan imunisasi bagi bayi dan ibu hamil serta pemberian subsidi terbatas bagi peserta Askes dan Askeskin (sekarang Jamkesmas) di Puskesmas dan RSUD Sungailiat. Ini berarti pelayanan kesehatan dasar yang ada di Penyedia Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama (PPK-1) yaitu Puskesmas dan jaringannya tidak hanya menyediakan

pelayanan kuratif (penyembuhan) saja, tetapi juga pelayanan preventif (pencegahan) dan promotif (peningkatan).Selanjutnya juga dilakukan perubahan terhadap tarif atau biaya pelayanan dan tindakan khusus yang dibiayai oleh JKSS melalui Keputusan Bupati Nomor 188.45/157/KES/2008 sebagai pengganti tarif atau biaya pelayanan pada tahun 2007 dalam Keputusan Bupati Nomor 188.45/12.1/KES/2007 yang dinyatakan tidak berlaku lagi.

Pengembangan pelayanan JKSS kembali dilakukan pada tahun 2009 dengan dilakukan perubahan terhadap Keputusan Bupati sebelumnya dengan Keputusan Bupati Nomor 188.45/289/KES/2009 tentang Pedoman Pelaksanaan Program JKSS. Perubahan mendasar terjadi dengan dilakukan kesepakatan kerjasama dengan Rumah Sakit Jiwa (RSJ) Provinsi Kepulauan Bangka Belitung, RSUD Depati Hamzah Pangkalpinang dan Rumah Sakit Cipto Mangunkusomo (RSCM) Jakarta untuk memberikan pelayanan kesehatan rujukan bagi peserta JKSS.

Pada tahun 2010 dengan ditetapkannya Keputusan Bupati Nomor 188.45/65.1/KES/2010. Beberapa perubahan mendasar dilakukan diantaranya adalah penegasan kepesertaan JKSS. Sebelumnya seluruh penduduk ditanggung oleh JKSS menjadi hanya penduduk belum dijamin melalui Jamkesmas dan Askes Sosial serta Jaminan lainnya seperti Jamsostek yang akan dijamin melalui JKSS. Perubahan mendasar lain dilakukan pada pelayanan rujukan yang dilakukan ke PPK-2 di RSJ Sungailiat dan RSCM Jakarta hanya untuk peserta yang memiliki SKTM saja dan itu pun hanya subsidi pembiayaan. Selain itu dilakukan penambahan pelayanan rawat inap tingkat pertama (RITP) di Puskesmas Petaling Kecamatan Mendo Barat. Bagi penduduk yang memiliki jaminan kesehatan diluar JKSS hanya akan diberikan subsidi pada PPK-1 yaitu Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP).

Meskipun terjadi perubahan ruang lingkup pelayanan dalam kebijakan JKSS ini dengan pergantian Keputusan Bupati Bangka setiap tahun, akan tetapi menurut beberapa ahli seperti Hodgkinson, Rondinelli, Bardach, Berman dan McLaughlin, serta Majone dan Wildavsky dalam Wahab (2008:66-68) bahwa hal tersebut adalah semestinya, yang kemudian diungkapkan lagi dalam Wahab (2008:181) bahwa secara teoritis proses perumusan kebijakan dapat digantikan tempatnya oleh proses implementasi kebijakan. Akan tetapi pada prakteknya perbedaan kedua tahap ini sulit dipertahankan, karena seringkali umpan balik dari prosedur implementasi akan membawa konsekuensi perubahan tertentu pada tujuan dan arah kebijakan itu sendiri atau perubahan pada aturan-aturan dan pedoman-pedoman, yang sebenarnya harus sudah ditetapkan atau dirumuskan sebelumnya.

Hanya saja pada penelaahan dokumen Pedoman Pelaksanaan Program JKSS dan Petunjuk Teknis yang dikeluarkan setiap tahun bahwa tidak ada perubahan yang signifikan atau nyata pada tujuan umum program untuk meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan kepada seluruh masyarakat sehingga tercipta derajat kesehatan yang optimal secara merata, efektif dan efisien.

Mencermati uraian di atas maka Wahab (2008:108) mengungkapkan bahwa pada saat pertama kali kebijakan ditetapkan dan disahkan, dalam hal ini kebijakan JKSS dengan Keputusan Bupati Bangka pada tahun 2005, dan ini harus dipandang sebagai titik awal bagi analisis implementasi. Sedangkan perbaikan atau reformulasi Keputusan Bupati Bangka yang berlangsung berulang kali pada tahun selanjutnya

sampai dengan yang terakhir dilakukan pada tahun 2010, haruslah dipandang sebagai titik kulminasi.

Selain itu Wildavsky (dalam Lane, 1995) menyajikan model implementasi sebagai sebuah proses belajar, atau *implementation as learning*. Model ini mengandaikan implementasi sebagai sebuah proses pembelajaran menerus di mana para pelaksana kebijakan akan senantiasa berada dalam proses pencarian menerus untuk merumuskan tujuan-tujuan yang kian membaik dan teknologi program yang lebih andal.

Konsep implementasi sebagai evolusi sendiri juga merupakan teori yang diketengahkan Wildavsky (dalam Lane, 1995:102), yang menganggap bahwa sebuah proses implementasi tidak harus selalu menghasilkan implementasi namun bisa juga pendefinisian ulang dari tujuan-tujuan kebijakan dan penafsiran ulang dari apa yang disebut hasil.

Untuk menganalisis proses implementasi kebijakan atau program JKSS ini kemudian digunakan model proses implementasi yang disampaikan oleh Grindle sebagai pedoman. Berikut akan disajikan bagaimana isi dari kebijakan tersebut dan konteks implementasi kebijakan JKSS ini. Pada isi kebijakan dibahas kepentingan yang terlibat, jenis manfaat, target perubahan yang diharapkan, letak pengambilan keputusan, pelaksana program dan sumber daya. Sedangkan dalam konteks implementasi akan dibahas kepentingan dan strategi dari aktor yang terlibat, karakteristik rezim dan lembaga serta aspek kepatuhan dan daya tanggap pelaksana.

Isi Kebijakan Dalam Implementasi JKSS

Kepentingan yang terlibat

Dalam sebuah kebijakan maka ada berbagai kepentingan yang mempengaruhi suatu implementasi kebijakan tersebut. Indikator ini berargumen bahwa suatu kebijakan dalam implementasinya akan melibatkan banyak kepentingan dan kepentingan tersebut akan memberikan pengaruh terhadap pelaksanaannya, baik itu mendukung maupun menghambat proses implementasinya.

Seperti yang telah dijelaskan sebelumnya bahwa pada awalnya kebijakan JKSS ini memang dicetuskan dari hasil kunjungan kerja dalam rangka peningkatan pelayanan publik kepada masyarakat. Menurut Wahab (2008:47) bahwa pembuat kebijakan publik yang merupakan pejabat publik selayaknya memikirkan dan memberikan pelayanan demi kebaikan publik (*public good*). Dalam hal ini Fisterbusch, kebaikan itu termasuk kesejahteraan (*welfare*), dan kesehatan adalah salah satu bagiannya.

Melihat lebih jauh kepentingan yang terpengaruh dengan adanya kebijakan ini, baik itu terhadap pelayanan kesehatan dasar maupun pada pelayanan kesehatan rujukan, menunjukkan tidak ada perbedaan. Masyarakat tetap menempati porsi lebih besar yang terlibat kepentingan dengan adanya kebijakan ini. Hal ini sesuai dengan pernyataan Juanita (2002) bahwa krisis ekonomi akan berpengaruh pada penurunan akses terhadap fasilitas pelayanan kesehatan. Mengingat prioritas pendapatan keluarga untuk membeli makanan, sehingga penyediaan biaya untuk pelayanan kesehatan mengalami penurunan. Hal ini diperbesar

dengan meningkatnya tarif jasa pelayanan kesehatan yang mengakibatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan semakin menurun.

Sama halnya dengan pelayanan kesehatan dasar, kepentingan masyarakat merupakan kepentingan prioritas yang ingin didahulukan dalam pelayanan kesehatan rujukan dan tidak menutup kemungkinan bahwa program JKSS ini mempunyai kepentingan lain khususnya kepentingan politik. Pernyataan-pernyataan yang disampaikan informan kunci juga memberikan fakta bahwa selain kepentingan masyarakat maka kepentingan Pemerintah Kabupaten Bangka terutama Dinas Kesehatan, Puskesmas dan jaringannya serta Rumah Sakit merupakan pihak yang terpengaruh dengan adanya kebijakan ini. Termasuklah kepentingan politik juga mempengaruhi adanya kebijakan ini karena biasanya kebijakan yang populis seperti JKSS ini akan memberikan keuntungan politis bagi kandidat pada masa pencalonan sebagai kepala daerah ataupun anggota legislatif.

Kepentingan masyarakat yang dominan berpengaruh dalam kebijakan JKSS ini sebenarnya bisa dijelaskan karena kebijakan ini kental nuansa tipologi distributif. Menurut Theodore Lowi yang berpendapat dalam Wahab (2008: 123-124) bahwa kebijakan-kebijakan yang distributif (*distributive policies*) memang pada dasarnya memberikan manfaat kepada masyarakat secara keseluruhan. Senada yang dikemukakan oleh Fred M. Frohoch dalam Supeno (1998) bahwa *distributive policies* merupakan kebijakan tentang pemberian pelayanan-pelayanan atau keuntungan-keuntungan bagi sejumlah khusus penduduk.

Lewis Froman dalam Wahab (2008:126) bahwa kebijakan juga bisa bersifat kewilayahan (*areal policies*) yang mempengaruhi seluruh penduduk dalam suatu wilayah geografis atau administratif tertentu. Kebijakan JKSS ini bisa dikategorikan memiliki sifat ini karena untuk mencapai *total coverage*, maka kebijakan ini berlaku bagi seluruh penduduk Kabupaten Bangka meskipun dalam perjalanan implementasi aturan-aturan yang dipakai berubah sesuai dengan masalah yang dihadapi.

Dari uraian di atas maka kepentingan masyarakat menjadi dominan mempengaruhi implementasi kebijakan. Mengingat kepentingan masyarakat yang dominan itu maka diharapkan implementasi kebijakan ini lebih melibatkan partisipasi masyarakat dalam mendukung kelancarannya dan masyarakat bukan hanya dijadikan objek implementasi semata.

Jenis manfaat

Faktor ini berupaya untuk menunjukkan atau menjelaskan bahwa dalam suatu kebijakan harus terdapat beberapa jenis manfaat yang menunjukkan dampak positif yang dihasilkan oleh implementasi kebijakan. Kebijakan yang menjanjikan keuntungan akan lebih mudah diimplementasikan dibandingkan kebijakan dengan berbagai dampak negatif yang menghasilkan penolakan dari masyarakat.

Begitu halnya dengan kebijakan JKSS, yang dapat diidentifikasi berbagai manfaat material dan non material dalam implementasinya. Salah satunya adalah pemanfaatan sarana kesehatan menjadi meningkat terutama pada sarana pelayanan kesehatan dasar. Dalam pernyataan informan dapat diidentifikasi bahwa masyarakat dapat memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan dasar lebih baik dan intensif dengan adanya kebijakan JKSS ini. Puskesmas juga mendapatkan manfaat

dengan meningkatnya kunjungan masyarakat sehingga cakupan berbagai program dan pelayanan kesehatan yang ada di puskesmas akan lebih baik. Sehingga pada gilirannya Dinas Kesehatan juga mendapatkan manfaat pada tersedianya data-data yang menunjukkan penurunan kejadian kasus-kasus penyakit yang merupakan indikasi menurunnya angka morbiditas/ kesakitan di masyarakat.

Hal lain bahwa petugas kesehatan, kader kesehatan desa dan Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) dapat memperoleh manfaat lain dari implementasi JKSS ini. Mereka akan mendapatkan jasa dalam bentuk upah atau insentif sebagai hasil kerja yang mereka lakukan. Sehingga Edwards dalam Winarno (2007:198) menyatakan juga bahwa orang seringkali bertindak untuk kepentingan sendiri, maka dengan cara memanipulasi insentif-insentif akan mempengaruhi dan bisa menjadi faktor pendorong implementor melaksanakan perintah dengan baik. Karena hal tersebut dilakukan sebagai upaya memenuhi kepentingan pribadi (*self interest*), organisasi dan kebijakan substantif.

Sehingga manfaat lain, khususnya bagi Dinas Kesehatan adalah kebijakan ini merupakan wujud tindakan atau program kebijakan yang mendukung kebijakan pemerintah pusat sehingga berhasil menjamin seluruh penduduk Kabupaten Bangka dengan jaminan kesehatan (*total coverage*). Sehingga harus ada jaminan akses pelayanan sampai pada tingkat paling bawah dalam struktur administrasi pemerintah.

Pada pelayanan kesehatan rujukan, manfaat dapat diterima masyarakat dalam Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL) di Ruang Perawatan Kelas 3, sedangkan pihak rumah sakit memperoleh manfaat dengan berkurangnya kehilangan biaya dan tunggakan dari pelayanan yang telah diberikan rumah sakit. Sebenarnya ada manfaat secara umum terjadi dengan diterapkannya implementasi kebijakan JKSS ini yaitu perbaikan manajemen kesehatan. Adanya reformasi dalam hal pelayanan kesehatan khususnya di sarana pelayanan kesehatan dasar kepada masyarakat melalui sistem online dengan jaringan SIMPUS, yang sebelumnya masih dilakukan secara manual. Pada pelayanan rawat jalan terutama maka masyarakat akan semakin mudah mendapatkan akses karena disediakan dokter praktek swasta (DPS) sampai ke tingkat desa dan digunakannya sistem rekam medik *computerized*.

Hasil observasi juga menunjukkan bahwa terdapat beberapa komputer atau *hardware* yang digunakan dalam mendukung pengoperasian Simpus. Ruang kerja atau server pusat di Dinas Kesehatan terletak bersebelahan dengan ruang kerja sekretariat JKSS. Begitu halnya yang ada di Puskesmas Sungailiat dan Bakam, beberapa komputer ditempatkan di masing-masing ruang kerja pelayanan, diantaranya di pendaftaran, pemeriksaan, pelayanan obat dan beberapa ruang pelayanan lainnya. Jadi manfaat kebijakan ini banyak dirasakan oleh masyarakat baik pada pelayanan kesehatan dasar maupun pelayanan kesehatan rujukan.

Terkait dengan manfaat yang diterima, khususnya masyarakat maka Wahab (2008:182) menyatakan bahwa program-program yang memberikan manfaat kolektif dapat memberikan tuntutan-tuntutan bersama yang bersifat kategoris sehingga kemungkinan lebih siap diimplementasikan dengan tingkat kepatuhan dari kelompok atau penduduk setempat yang lebih besar sehingga memperkecil tingkat konflik dan pembangkangan

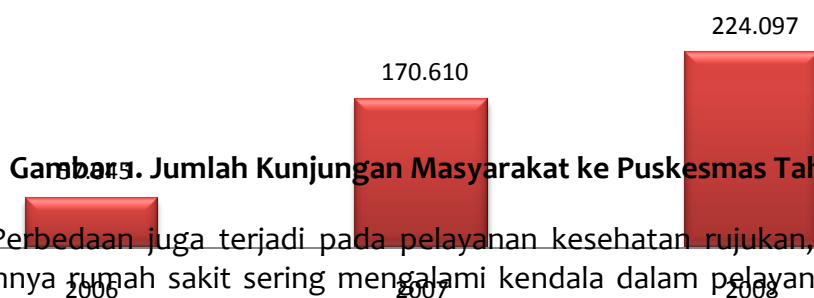
Oleh karena itu dengan adanya manfaat yang diterima berbagai pihak atau secara kolektif sehingga diharapkan kebijakan dengan tipe seperti JKSS ini bisa direplikasi dan diterapkan karena akan meminimalisir penolakan jika kebijakan tersebut diimplementasikan kepada masyarakat.

Target perubahan yang diharapkan

Setiap kebijakan mempunyai target yang hendak dicapai. Semakin besar perubahan yang diharapkan dan semakin panjang jangka pencapaiannya, semakin sulit implementasinya. Sebaliknya, semakin kecil skala perubahan yang ditetapkan dengan rentang waktu pencapaian yang singkat maka kemungkinan akan semakin mudah untuk diimplementasikan kepada masyarakat. Mengenai perubahan ini maka Theodore Lowi dalam Wahab (2008:182) menyatakan bahwa pada saat proses implementasi dimaksudkan untuk menimbulkan perubahan, maka dampak yang akan ditimbulkan berkaitan erat dengan tipe kebijakan tersebut.

Implementasi kebijakan JKSS ini merupakan salah satu dari berbagai upaya dan program untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Kabupaten Bangka. Dalam proses implementasi kebijakan JKSS juga terjadi perbedaan dengan kondisi sebelum kebijakan ini diterapkan, baik dalam hal pelayanan kesehatan dasar ataupun dalam pelayanan kesehatan rujukan. Pada gilirannya perbedaan-perbedaan yang terjadi tersebut diharapkan menjadi pra-kondisi pencapaian target perubahan dalam implementasi kebijakan JKSS untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Mengingat kebijakan JKSS yang memiliki tipe kebijakan distributif maka diharapkan juga bisa meminimalisir penolakan atau perlawanan yang terjadi dari berbagai pihak khususnya masyarakat sebagai sasaran program sehingga perubahan semakin cepat tercapai.

Dari hasil penelaahan dokumen didapatkan bahwa jumlah kunjungan masyarakat ke Puskesmas dari tahun 2006 sampai dengan tahun 2008, terutama kunjungan rawat jalan ternyata mengalami kenaikan. Gambar di bawah ini menunjukkan kenaikan tersebut :



Gambar 15. Jumlah Kunjungan Masyarakat ke Puskesmas Tahun 2006-2008

Perbedaan juga terjadi pada pelayanan kesehatan rujukan, salah satu jika sebelumnya rumah sakit sering mengalami kendala dalam pelayanan obat-obatan pada pasien masyarakat miskin di rawat inap yang tidak semuanya dapat diajukan klaim penggantian melalui Jamkesmas. Sehingga sebenarnya pelayanan JKSS ini saling melengkapi dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat terutama masyarakat miskin.

Wahab (2008:183) menjelaskan terhadap perbedaan yang terjadi pada pihak penerima manfaat implementasi suatu kebijakan merupakan bentuk lain bagaimana isi kebijakan tersebut mempengaruhi implementasi. Biasanya program kebijakan yang dirancang mempunyai sasaran jangka panjang seperti halnya program JKSS ini

yang diharapkan pada akhirnya bisa meningkatkan derajat kesehatan, kemungkinan lebih lama dalam mencapai tujuan dibandingkan dengan yang memberikan manfaat segera yang hanya membutuhkan pola perubahan perilaku yang kecil saja.

Oleh karena itu diharapkan selain penetapan target jangka panjang yang tentunya memerlukan waktu lebih lama untuk dicapai, maka kebijakan ini memerlukan penetapan target jangka pendek sehingga diperlukan indikator yang dapat diasumsikan untuk mengukur keberhasilan penerapan implementasi JKSS ini.

Letak Pengambilan Keputusan

Semakin banyak pusat-pusat pengambilan keputusan yang terlibat dan semakin jauh jaraknya antara satu dan lainnya, baik secara geografis ataupun organisasional, semakin sulit kebijakan dilaksanakan. Dalam pendekatan model top down, salah satu adalah model Grindle, bertitik tolak pada perspektif bahwa keputusan-keputusan politik atau kebijakan yang telah ditetapkan oleh pembuat kebijakan harus dilaksanakan administrasi-administratur atau birokrat-birokrat pada level di bawahnya (Agustino, 2008:140).

Hal ini juga berlaku dalam implementasi kebijakan JKSS ini. Jadi letak pengambilan kebijakan yang ada di tingkat kabupaten (dinas kesehatan) mesti akan dilaksanakan di tingkat kecamatan (puskesmas) dan desa (puskesmas pembantu dan polindes) tempat sasaran program ini berada.

Jadi implementasi kebijakan JKSS ini dijamin akan dilaksanakan pada level Dinas Kesehatan dan jajarannya seperti puskesmas, puskesmas pembantu atau dokter praktek swasta (DPS), dan pos kesehatan desa sebagai pemberi pelayanan kesehatan dasar. Hanya saja beberapa masalah tetap terjadi terkait dengan pelayanan rujukan yang memang letaknya sangat jauh secara geografi dan organisasional atau struktural seperti Rumah Sakit Jiwa, Rumah Sakit Depati Hamzah Pangkalpinang dan Rumah Sakit Cipto Mangunkusomo di Jakarta.

Untuk memperkecil kemungkinan terjadinya masalah terkait dengan kondisi letak pengambilan keputusan dengan berbagai PPK ini maka JKSS juga telah menempatkan beberapa orang verifikator di berbagai PPK terutama di rumah sakit rujukan. Hal tersebut setidaknya menjadi solusi jika diperlukan penjelasan yang dibutuhkan masyarakat atau PPK rujukan. Hal ini juga ditemui pada saat observasi terdapat petugas verifikator yang melakukan tugasnya di Rumah Sakit Sungailiat dan Rumah Sakit Depati Hamzah Pangkalpinang yang memverifikasi rujukan dari Puskesmas dan DPS.

Meskipun demikian, kondisi seperti ini menuntut Dinas Kesehatan dan UPT Jamkesmas sebagai “*leader implementor*” untuk lebih intensif melakukan koordinasi, komunikasi dan sosialisasi terutama pada PPK2 yang melaksanakan pelayanan kesehatan rujukan karena letak secara geografis maupun organisasional berbeda. Atau paling tidak, perlu adanya sebuah tim dengan keanggotaan berasal dari unsur “*leader implementor*” dan “*side implementor*” yang secara berkala dan teratur melakukan evaluasi terkait dengan implementasi kebijakan JKSS ini.

Pelaksana Program

Pelaksana program atau staff dalam implementasi JKSS ini menjadi sangat penting, sebab mereka merupakan sumber daya dengan kapasitas teknik keahlian tertentu yang bisa mempengaruhi proses implementasi. Keberhasilan program ditentukan oleh derajat kapasitas, dedikasi, dan komitmen dari pelaksana program yang diperlukan dalam menjalankan kebijakan.

Program JKSS pun melakukan penambahan tenaga kontrak untuk mengantisipasi hal tersebut. Hal ini merupakan jawaban dari kekhawatiran terhadap kurangnya staf atau pelaksana yang ada di PPK baik PPK 1 atau PPK 2. Salah satu puskesmas yang mendapatkan tambahan tenaga kontrak dan dalam implementasi kebijakan JKSS merasa terbantu adalah Puskesmas Bakam.

Penelaahan dokumen diperoleh informasi bahwa tenaga kontrak ini terdiri dari berbagai latar belakang pendidikan seperti tertera dalam tabel berikut ini:

Tabel 2
Distribusi Tenaga Kontrak JKSS Berdasarkan Pendidikan Tahun 2010

o	Jenis Ketenagaan	Ju	Besaran
		mahl Yang Ada	Gaji/ Bulan (Rp)
	Dokter Umum		1.500.00
		8	0,-
	Sarjana (Kemas,		1.050.00
	Keperawatan, Apoteker, Umum, dll)	9	0,-
	Diploma 3 (Keperawatan,		
	Kebidanan, Farmasi, Gigi, Adminkes,	10	1.000.00
	Akuntansi, Komputer, dll)	9	0,-
	SLTA (SPK, SMA, SMEA, dll)	37	950.000,-

Sumber: Daftar Honor JKSS & DPA 2010

Rekrutmen tenaga kontrak ini dilakukan berdasarkan usulan kebutuhan yang diajukan penyedia pelayanan dasar dan rujukan serta dilakukan di Dinas Kesehatan Kabupaten Bangka. Kepatuhan pelaksana atau implementor menjalankan petunjuk teknis atau petunjuk pelaksanaan JKSS di penyedia pelayanan terutama puskesmas sudah cukup baik.

Penyedia pelayanan kesehatan dasar atau PPK1 menganggap kepatuhan staf dalam menjalankan implementasi kebijakan JKSS ini bisa ditingkatkan melalui sosialisasi terhadap juknis yang ada, apalagi bila terjadi perubahan juknis setiap tahun. Hampir sama dengan PPK1, pada dasarnya penyedia pelayanan kesehatan rujukan atau PPK2 di rumah sakit memiliki kepatuhan yang cukup baik dalam memahami dan menjalankan juknis implementasi kebijakan JKSS meskipun beberapa kendala masih terjadi, tetapi hal tersebut dapat diselesaikan dengan baik.

Hasil pengamatan juga terlihat berbagai juknis seperti alur dan tata cara pelayanan serta aturan JKSS telah ditempatkan di puskesmas sebagai penyedia pelayanan kesehatan dasar maupun rumah sakit sebagai tempat pelayanan kesehatan rujukan. Juknis tersebut dicetak dalam bentuk *standing banner* dan *pamflet* yang ditempel di berbagai tempat pelayanan terutama ruang pendaftaran.

Begitu halnya dengan satuan birokrasi yang menjalankan implementasi sebuah kebijakan dapat terjadi perbedaan pelaksanaan. Seharusnya pada saat perumusan kebijakan sudah dilakukan deteksi terhadap perbedaan pada satuan birokrasi yang terlibat langsung dalam implementasi nantinya. Diantara satuan birokrasi itu mungkin memiliki staf yang aktif, berkeahlian, dan berdedikasi tinggi terhadap keberhasilan pelaksanaan tugas, sedangkan di lain pihak satuan birokrasi yang lainnya mungkin mampu menanggulangi berbagai macam bentuk tuntutan dan kendala yang terjadi (Wahab, 2008:185).

Melihat juga kompleksitas implementasi kebijakan JKSS yang harus mendukung penyediaan tenaga kontrak menyebabkan staf pelaksana atau implementor yang ada di tingkat kabupaten seringkali menghadapi permasalahan tambahan terkait dengan rekrutmen kepegawaian seperti dikemukakan di atas termasuk membagikan gaji dan menanggapi keluhan pegawai kontrak. Hasil observasi seperti dikemukakan diatas menunjukkan bahwa beberapa tugas rangkap harus dilakukan oleh tim pelaksana JKSS di tingkat kabupaten. Dengan pelaksana yang terbatas ini, maka selain bertanggung jawab terhadap kelancaran implementasi di penyedia pelayanan atau PPK, maka mereka juga bertanggungjawab menjawab keluhan atau komplain dari tenaga kontrak JKSS. Semestinya tugas ini bisa diambil alih oleh bagian kepegawaian dan keuangan untuk masalah kepegawaian dan pembagian gaji atau upah tenaga kontrak.

Penelaahan dokumen menunjukkan secara struktural implementasi kebijakan JKSS ini memang berada dibawah tugas dan fungsi UPT Jaminan Kesehatan Masyarakat dengan jenjang struktural setara eselon 4 dibawah Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bangka. Selain bertanggung jawab pada implementasi kebijakan JKSS, maka UPT Jamkesmas ini bertanggung jawab terhadap implementasi Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) yang dibiayai pemerintah pusat (dulu Askeskin).

Pada dasarnya penambahan tenaga kontrak tersebut masih belum mencukupi terutama untuk mendukung implementasi JKSS di tingkat kabupaten. Winarno (2007:189) menegaskan bahwa seringkali terjadi staf yang profesional disediakan dalam jumlah sangat kecil, yang diperlukan untuk mendukung pelaksanaan kebijakan sehingga mengakibatkan ketidakefektifan proses implementasi. Lebih lanjut Edward dalam Winarno (2007:189) menyatakan bahwa kekurangan pemenuhan staf ini disebabkan faktor keraguan memperluas birokrasi oleh karena penyalahgunaan kekuasaan oleh pejabat publik.

Mencermati hal ini maka dituntut pelaksanaan kegiatan yang lebih intensif pada tugas dan fungsi terkait implementasi kebijakan JKSS ini. Oleh karena itu Wahab (2008:75) menyatakan bahwa implementasi yang sempurna menuntut adanya badan pelaksana tunggal (*single agency*) yang dibentuk untuk mengemban keberhasilan misi kebijakan tersebut dan tidak tergantung pada badan-badan lain. Walaupun dalam praktek harus melibatkan badan-badan/instansi lain maka hubungan ketergantungannya haruslah pada tingkat minimal.

Kemudian dikatakan Wahab (2008:110 – 112) bahwa beberapa hasil studi implementasi menyarankan rancang bangun kebijakan dan rancang bangun organisasi sedapat mungkin dipertimbangkan secara bersamaan. Burns & Stalker

berpendapat bahwa struktur yang bersifat organis akan lebih cocok dipertimbangkan karena mampu menyesuaikan diri dengan cepat dan efektif dibandingkan dengan organisasi birokratik yang menekankan pada saluran resmi dan komunikasi vertikal. Tetapi seringkali sistem ini tidak diterima kalangan instansi pemerintahan. Oleh karena itu sistem matrik yang mengkombinasikan kedua sistem tersebut dengan membentuk badan/ satuan tugas atau tim proyek/ program tersendiri dengan tugas yang bersilangan antara instansi vertikal dan horizontal.

Sumber daya

Faktor-faktor yang diharapkan menunjang keberhasilan implementasi tersebut diantaranya adalah pendanaan, staf atau pelaksana yang telah dibahas sebelumnya, dengan kompetensi melaksanakan tugas-tugas mereka, dan fasilitas lain yang dianggap bisa mendukung efektivitas sebuah implementasi (Winarno, 2007:181). Semakin banyak sumberdaya yang dibutuhkan untuk menunjang implementasi kebijakan semakin sulit kebijakan tersebut dilaksanakan. Sebaliknya semakin kecil sumberdaya yang dibutuhkan maka implementasi kebijakan akan semakin mudah.

Tidak terkecuali kebijakan JKSS ini disediakan pembiayaan untuk mendukung implementasinya setiap tahun dalam jumlah yang semakin besar setiap tahun untuk mendukung pelayanan yang diberikan. Penyediaan dana dalam implementasi kebijakan JKSS dilakukan setiap tahun melalui Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA). Sebelum diterbitkan dokumen tersebut maka dilakukan perencanaan anggaran oleh UPT Jamkesmas pada Dinas Kesehatan Kabupaten Bangka dengan usulan yang dituangkan dalam Rencana Kegiatan dan Anggaran (RKA).

Jadi penganggaran JKSS dilakukan dalam Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) Kabupaten Bangka atau APBD 2. Selain itu dalam APBD Provinsi Kepulauan Bangka Belitung atau APBD 1 juga disediakan dana melalui mekanisme dana *sharing*. Seringkali juga dilakukan perencanaan anggaran tambahan pada tahun yang sama dalam APBD Perubahan melalui Anggaran Biaya Tambahan (ABT) untuk menutupi kekurangan dari penganggaran awal.

Jumlah penduduk atau jiwa yang dipakai sebagai perkalian untuk penganggaran sebenarnya bukan jumlah penduduk keseluruhan seperti yang dipersyaratkan oleh sistem kapitasi. Jumlah penduduk itu diambil dari hasil perkiraan jumlah rata-rata per bulan masyarakat yang dibiayai JKSS pada tahun sebelumnya ditambah 10% perkiraan kenaikan tahun berjalan. Ini merupakan salah satu sebab terjadinya defisit anggaran selain kebijakan ini belum menggunakan Peraturan Daerah (Perda) sebagai landasan hukum. Kendala dalam penganggaran juga sering pada saat penganggaran melalui mekanisme pembiayaan *sharing budget* dengan Pemerintah Provinsi Kepulauan Bangka Belitung dalam APBD 1.

Pada penelusuran dokumen terhadap hasil pembinaan Tim Audit Badan Pengawasan Keuangan dan Pembangunan (BPKP) Perwakilan Sumatera Selatan terhadap implementasi program JKSS yang tertuang dalam Pedoman Pelaksanaan Program JKSS didapatkan hasil yang merekomendasikan bahwa dalam ketentuan umum tatalaksana kepesertaan maka status kepesertaan JKSS meliputi JKSS Reguler, JKSS Maskin dan JKSS Kader. Dalam pelayanan yang diberikan kepada ketiga jenis kepesertaan itu akan berbeda. Hanya saja kenyataannya hal ini belum

sepenuhnya terlaksana dalam implementasi. Pada saat penelitian ini bahwa sekretariat JKSS masih dalam konsolidasi untuk mendata masyarakat sehingga bisa diterbitkan kartu baru sesuai dengan kriteria untuk memegang kartu kepesertaan seperti dipersyaratkan di atas.

Grindle dalam Wahab (2008:180) menyatakan bahwa syarat pokok bagi implementasi kebijakan publik apa pun, harus mengalokasikan dana atau biaya yang cukup setelah program aksi disusun. Lebih lanjut dikatakan oleh Wahab (2008:181) kelancaran sebuah proses implementasi kebijakan tertentu akan sangat bergantung pada keputusan-keputusan pada tahap rancangan atau perumusan termasuk keputusan dalam pengalokasian pendanaan yang memadai. Pada kesempatan yang lain Wahab (2008:88) menegaskan lagi bahwa jika tingkat batas ambang pengalokasian dana tidak memadai maka berpotensi menyebabkan sebuah implementasi program kebijakan gagal sebelum dimulai. Sebaliknya, pencapaian tingkat batas ambang pendanaan memang dapat menunjang, sekalipun bukan jaminan suatu program bisa dimulai dengan tepat dan lancar.

Pada tingkat penyedia pelayanan kesehatan dasar atau PPK1 atau penyedia pelayanan kesehatan rujukan atau PPK2 tidak dilakukan perencanaan anggaran. Akan tetapi anggaran didapatkan menggunakan cara tagihan atau klaim berdasarkan pelayanan yang telah dilakukan atau menggunakan sistem *fee for services* kepada UPT Jamkesmas yang ada di Dinas Kesehatan Kabupaten Bangka. Sistem penganggaran yang sama dipakai dalam pelayanan kesehatan dasar yang dilaksanakan di DPS.

Pada penyedia pelayanan kesehatan rujukan pun sistem yang digunakan juga menggunakan sistem *fee for services* atau penagihan/ klaim setelah pelayanan dilakukan. Hanya saja tagihan atau klaim biaya paket pelayanan yang dilakukan di pelayanan rujukan menggunakan standar Perda atau *Indonesia Diagnostic Related Group* (INA-DRG).

Terkait dengan sistem penganggaran di penyedia pelayanan ini maka Wahab (2008:72) menyatakan bahwa dana atau uang itu pada dasarnya bukanlah sumber daya atau *resources* itu sendiri, sebab bisa jadi hanya tiket untuk bisa memperoleh sumber-sumber sebenarnya. Dalam hal implementasi kebijakan JKSS ini maka bisa jadi proses konversi dana menjadi jasa medis, obat, dan *resources* yang lain, berpotensi mengalami hambatan sehingga bisa mempengaruhi proses implementasi tersebut. Penyediaan sumber daya berupa penyediaan fasilitas lain selain pendanaan dan sumber daya manusia dalam implementasi kebijakan JKSS ini telah terintegrasi dalam pendanaan yang diajukan oleh PPK1 dan PPK2. Seluruh komponen yang dibutuhkan oleh kedua penyedia pelayanan itu telah dimasukkan dalam sistem pembayaran *fee for services*. Oleh karena itu seperti yang disampaikan sebelumnya maka dana pada dasarnya bukan *resources* itu sendiri melainkan hanya tiket untuk mencapai *recorces* sesungguhnya seperti fasilitas-fasilitas atau sarana prasarana pendukung.

Melalui sistem *fee for services*, penyedia pelayanan kesehatan dasar dan rujukan mengklaim semua pelayanan yang diberikan kepada masyarakat sesuai dengan mekanisme yang ada. Hanya saja penyediaan obat-obatan dan bahan habis pakai yang ada pada PPK1 di Puskesmas dan jaringannya telah disediakan melalui

anggaran rutin dan anggaran khusus lainnya. Akan tetapi sebenarnya penggunaan dana klaim itu bisa fleksibel dengan memperhatikan aspek kebutuhan PPK dan tidak *overlapping* atau pembiayaan ganda.

Sedangkan pada pelayanan kesehatan rujukan juga berlaku hal yang sama seperti yang telah dijelaskan sebelumnya. Semua kebutuhan untuk pelaksanaan pelayanan terkait dengan implementasi JKSS sudah termasuk atau *include* dalam klaim yang diajukan PPK, kecuali beberapa formulir laporan yang tetap disediakan JKSS.

Dalam implementasi harus terdapat keterpaduan antara sumber-sumber yang tersedia, dalam artian bahwa pada satu aspek harus ada jaminan tidak ada kendala pada semua sumber-sumber yang diperlukan dan pada aspek yang lainnya setiap tahapan proses implementasi memang benar-benar menyediakan perpaduan sumber-sumber tersebut (Wahab, 2008: 73). Terutama terkait dengan pendanaan di tingkat kabupaten maka menjadi pertimbangan untuk menerapkan kaidah sistem kapitasi yang dipersyaratkan, karena bila tidak dilakukan akan berpotensi menghambat pelayanan yang diterima masyarakat terutama pelayanan rujukan yang ada di PPK2.

Konteks Implementasi JKSS

Kepentingan dan strategi dari aktor yang terlibat

Dalam proses implementasi ada beberapa aktor yang terlibat dalam penentuan pilihan-pilihan alokasi sumber daya publik yang akan dipergunakan. Perlu diperhitungkan pula kekuatan dan kekuasaan, kepentingan, dan strategi yang digunakan oleh para aktor yang terlibat. Interaksinya akan mempengaruhi proses dan hasil implementasi kebijakan.

Proses implementasi JKSS sendiri melibatkan banyak pihak yang mendukungnya sehingga bisa berjalan efektif. Mengingat JKSS menjadi program unggulan daerah dan salah satu *grand strategy* maka hal ini akan mempermudah kebijakan ini mencapai tujuan implementasinya. Selain itu program ini merupakan program yang selama ini menyentuh langsung pada kepentingan masyarakat.

Pihak eksekutif maupun legislatif berada pada satu pendapat dalam implementasi kebijakan ini. Kenyataan ini menjadikan implementasi JKSS ini sebagai sebuah kebijakan yang kecil kemungkinan untuk mengalami kegagalan. Winarno (2007:206) menyatakan bahwa fragmentasi pada struktur birokrasi menyebabkan diperlukannya koordinasi karena wewenang dan sumber-sumber yang diperlukan dalam proses implementasi kebijakan yang kompleks biasanya tersebar pada instansi atau badan-badan yang ada. Terutama dukungan legislatif dalam implementasi ini sangat berpengaruh, khususnya dalam pengesahan alokasi anggaran.

Selain dukungan yang diperoleh dari lintas sektor terkait seperti disebutkan diatas, sebenarnya ada beberapa elemen masyarakat yang memberikan catatan terhadap implementasi ini pada awalnya. Kekhawatiran juga disampaikan karena sifat pelayanan kesehatan yang diberikan oleh JKSS ini lebih bernuansa kuratif (pengobatan) yang bisa memanjakan masyarakat dan melupakan unsur preventif (pencegahan) dan promotif (peningkatan).

Oleh karena itu Wahab (2008:186) menyatakan bahwa keterlibatan aktor-aktor secara intens dalam sebuah implementasi kebijakan sedikit banyak akan ditentukan oleh muatan program tersebut dan bagaimana bentuk pengadministrasian programnya. Setiap aktor juga mempunyai kepentingan tertentu dan masing-masing akan berusaha mencapainya dengan cara mengajukan kebutuhan-kebutuhan mereka dalam implementasi sebuah kebijakan.

Sehingga dukungan multisektor ini terutama legislatif, memberikan peluang bagi Dinas Kesehatan sebagai "*leading implementor*" untuk menguatkan kebijakan ini dengan aspek legal pada tingkat hierarki legalitas lebih tinggi berupa Peraturan Daerah. Sehingga hal ini akan memberikan manfaat terutama dalam menjamin penyediaan dana dengan penerapan sesuai kaidah sistem kapitasi, seperti yang telah dibahas sebelumnya, dan mempunyai kekuatan yang memaksa meskipun terjadi suksesi kepemimpinan daerah.

Karakteristik rezim dan institusi

Sistem politik dan sistem ekonomi tertentu serta lembaga pelaksana juga mempunyai karakteristik tertentu yang bervariasi dalam hal tingkat profesionalisme, misi dan orientasi, dan sebagainya yang berinteraksi membentuk lingkungan yang juga berpengaruh terhadap keberhasilan implementasi. Dapat dikatakan bahwa kepemimpinan kepala daerah menyediakan konteks kunci bagi implementasi kebijakan. Dalam perjalanannya dari tahun 2005 maka kebijakan JKSS ini tetap diimplementasikan, paling tidak disediakan anggaran dan sumber daya lain yang mendukung setiap tahun. Kebijakan JKSS yang pada awalnya dilaksanakan oleh Bupati sebelumnya yaitu Eko Maulana Ali maka kemudian tetap dilaksanakan kembali oleh Bupati terpilih berikutnya, Yusroni Yazid. Jadi meskipun mengalami pergantian kepemimpinan atau rezim maka lingkungan yang ada tidak terlalu berpengaruh karena lembaga utama pelaksana yaitu Dinas Kesehatan dan jaringannya tidak berubah secara dramatis dengan adanya suksesi kepemimpinan tersebut.

Sedangkan kalau melihat karakteristik lembaga terutama dinas kesehatan, maka ada beberapa pembenahan yang dilakukan terhadap sistem untuk mencapai implementasi yang optimal, baik dalam hal pelayanan kesehatan dasar yang secara umum menyediakan pelayanan rawat jalan maupun pelayanan kesehatan rujukan dengan spesifikasi rawat inapnya. Salah satu upaya yang ditempuh adalah penggunaan teknologi informasi melalui jaringan internet online dengan perangkat SIMPUS (Sistem Informasi Puskesmas). Sistem ini sangat membantu memperbaiki pelayanan maupun administrasi pelaksanaan implementasi JKSS, sehingga penyimpangan yang terjadi menjadi sangat minimal.

Oleh karena itu seperti telah dibahas sebelumnya, relatif implementasi pada lembaga pelaksana yang berada di bawah koordinasi Dinas Kesehatan dan jajarannya dengan pelayanan kesehatan dasar terutama rawat jalan, akan berbeda dengan implementasi pada pelayanan rawat inap yang ada di pelayanan rujukan rumah sakit yang kecenderungannya mengalami berbagai kendala.

Melihat hal tersebut maka diperlukan upaya yang lebih mengintensifkan penggunaan jaringan *online*, terutama pada sarana PPK2 melalui pemanfaatan jaringan seperti SIMPUS yang bisa disebut sebagai *good practice* dalam implementasi JKSS ini. Sehingga kendala yang sering ditemui, terutama dalam

pelayanan kesehatan rujukan juga dapat diminimalkan karena melalui jaringan online bisa dibuat semacam *customer service online*.

Aspek kepatuhan dan daya tanggap pelaksana

Kepatuhan dan daya tanggap dari pelaksana harus dilihat pada aspek kemauan dan kemampuan pelaksana memahami tuntutan masyarakat, kepekaan terhadap ketidakpuasan yang berkembang dan berusaha melakukan penyesuaian terhadap perkembangan tuntutan masyarakat. Wahab (2008:188) menyatakan bahwa sisi lain dari pencapaian tujuan-tujuan program dalam sebuah lingkungan adalah daya tanggap (*responsiveness*). Idealnya instansi atau lembaga publik pemberi layanan haruslah tanggap terhadap kebutuhan pihak-pihak yang mereka anggap sebagai penerima manfaat. Dan tanpa daya tanggap ini selama proses implementasi, maka pemerintah akan mengalami kesulitan dalam mengevaluasi keberhasilan sebuah program.

Daya tanggap seperti disebutkan diatas tersebut harus didahului dengan adanya kepatuhan pelaksana terhadap ketentuan-ketentuan implementasi sebuah program atau kebijakan. Oleh karena itu pada berbagai penyedia pelayanan, kepatuhan menjalankan ketentuan akan berbeda dan diyakini bukan disebabkan oleh pembangkangan tetapi ketidaktahuan karena kurangnya informasi dan komunikasi. Selain itu kemungkinan perbedaan kewenangan dalam satuan birokrasi menjadi alasan itu.

Penilaian kepatuhan juga bisa berbeda antara setiap jenjang penyedia pelayanan. Pada penyedia pelayanan kesehatan dasar atau PPK1 maka kepatuhan diyakini sebagai konsistensi pada pelaksanaan aturan-aturan pelayanan yang telah ditetapkan dalam juknis atau juklak yang disusun. Lain halnya dengan pelayanan kesehatan dasar, persepsi kepatuhan yang ada di pelayanan kesehatan rujukan terutama RSUD Sungailiat dinilai dari adanya komplain atau keluhan terhadap pelayanan, yang diajukan oleh penerima manfaat program tersebut. Dalam hal kebijakan JKSS ini penerima manfaat adalah masyarakat yang mendatangi rumah sakit.

Setelah mengetahui kepatuhan menjalankan aturan-aturan yang telah ditetapkan maka diperlukan penilaian terhadap daya tanggap pelaksana implementasi ini. Menurut Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bangka, bahwa daya tanggap atau *responsifitas* program JKSS ini harus diukur dengan sebuah instrumen yang diasumsikan dari kepuasan penerima layanan. Pada pelayanan kesehatan dasar, instrumen baku yang digunakan adalah Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM), sedangkan pada pelayanan kesehatan rujukan belum ada instrumen khusus yang digunakan. Peningkatan *responsifitas* JKSS ini disebabkan adanya insentif yang didapat oleh pelaksana dalam implementasi ini khususnya petugas kesehatan. Peningkatan daya tanggap juga bisa disebabkan penggunaan sistem *fee for services*, seperti diungkapkan beberapa informan.

Tidak berbeda jauh dengan pelayanan kesehatan rujukan atau PPK2, yang menilai daya tanggap atau *responsiveness* terhadap pelayanan yang diberikan dengan melakukan survey tersendiri yang sederhana kepada pasien yang dirawat di rumah sakit tersebut. Hasil survey sederhana tersebut menunjukkan bahwa hampir keseluruhan indikator pelayanan menunjukkan hasil yang memuaskan.

Sedangkan penerima manfaat dari kebijakan JKSS ini yaitu masyarakat menilai daya tanggap pelaksana pada proses implementasi berdasarkan keluhan-keluhan yang disampaikan warga masyarakat. Secara umum tidak ada keluhan yang berarti dialami masyarakat. Meskipun demikian bahwa biasanya keluhan masyarakat terkait dengan pelayanan kesehatan rujukan yang biasanya melakukan pelayanan rawat inap dan sangat sedikit atau malah sama sekali tidak terjadi pada pelayanan kesehatan dasar yang sering dimanfaatkan masyarakat dalam pelayanan rawat jalan.

Dengan demikian dalam implementasi kebijakan JKSS ini administrator-administrator kebijakan dituntut untuk menciptakan situasi kondusif dan menjamin adanya respon yang memadai. Karena ini memungkinkan dukungan dan umpan balik selama implementasi program dan pada saat yang sama mengusahakan kontrol terhadap sumber daya dalam pencapaian tujuan yang telah ditetapkan (Wahab, 2008:188)

Hanya saja untuk dapat melihat pencapaian keberhasilan implementasi ini, yang nantinya berguna sebagai instrumen umpan balik atau monitoring dan evaluasi maka perlu disiapkan alat ukur yang lebih spesifik yang dapat mengukur implementasi kebijakan ini. Instrumen sejenis yang biasa dan umum digunakan bisa diadopsi seperti Indeks Kepuasan Masyarakat. Instrumen yang disusun ini minimal nantinya akan memberikan gambaran terhadap implementasi kebijakan ini dalam pelayanan kesehatan dasar di puskesmas dan jaringannya, serta pelayanan kesehatan rujukan di rumah sakit.

SIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan ketentuan-ketentuan kebijakan yang dijalankan maka secara umum bahwa proses implementasi kebijakan JKSS berhasil mengoperasionalkan program-program aksi yang telah dirancang. Salah satu sebabnya karena JKSS merupakan kebijakan inkremental dengan tipologi distributif. Meskipun demikian, sumber daya berpotensi menjadi penghambat proses implementasi, terutama pengalokasian anggaran yang tidak memadai, tenaga pelaksana dan struktur organisasi pelaksana. Untuk mendukung proses implementasi yang lebih baik maka perlu dipertimbangkan cara untuk menjamin pendanaan atau pembiayaan yang memadai dengan menerapkan sistem perencanaan penganggaran kapitasi. Selain itu juga diperlukan kajian lanjutan untuk membentuk organisasi pelaksana baru yang “mandiri” misalnya Badan Pelaksana (Bapel) JKSS.

Sedangkan bila melihat konteks implementasi, maka komitmen dasar pelaksanaan kebijakan sebagai salah satu program unggulan “memaksa” seluruh pihak atau kepentingan mendukung proses implementasi kebijakan JKSS ini. Meskipun demikian masyarakat tetap mengharapkan peningkatan kualitas dan kuantitas pelayanan sebagai bentuk perbaikan pelayanan publik bidang kesehatan kepada mereka. Sehingga disarankan untuk mempertimbangkan peraturan yang lebih kuat seperti Peraturan Daerah sehingga dapat menjadi landasan hukum yang kuat terhadap implementasi kebijakan JKSS.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustino, Leo (2008). *Dasar-dasar Kebijakan Publik*. Bandung : Penerbit Alfabeta.
- Dunn, William N (2003). *Pengantar Analisis Kebijakan Publik*. Edisi Kedua. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press
- Juanita (2002). *Pengaruh Krisis Ekonomi Terhadap Pelayanan Kesehatan Masyarakat*. Dalam website <http://library.usu.ac.id/download/fkm/fkm-juanita4.pdf> diakses tanggal 8 Maret 2010.
- Lane, Jan-Erik. (1995). *The Public Sector: Concepts, Models and Approaches* (2nd ed.). London: SAGE Publications.
- Malik, Ridwan A. (2002). *Evaluasi Pelaksanaan Program JPKM di Indonesia (Studi Evaluasi)*. Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan Volume 05, Nomor 3/2002.
- Mohamad, Ismail (2003). *Pelayanan Publik Dalam Era Desentralisasi*. Makalah Seminar Desentralisasi. Jakarta: Bappenas RI.
- Moleong, Lexy J. (1991). *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: Remaja Karya
- Nazwar (2003). *Koalisi Aktor Dalam Implementasi Kebijakan (Suatu Kajian tentang Koalisi Aktor dalam Implementasi Kebijakan Manajemen Peningkatan Mutu Berbasis Sekolah (MPMBS) di Sekolah Dasar Kota Solok)*. Dalam website http://www.akademik.unsri.ac.id/download/journal/files/brapub/Nazwar%20_03_.pdf diakses tanggal 8 Maret 2010.
- Nugroho, Riant (2009). *Public Policy*. Jakarta : PT. Media Elex Komputindo
- Nurharjadm, Wahyu (2008). *Evaluasi Implementasi Kebijakan Pendidikan Sistem Ganda di Sekolah Kejuruan*. Jurnal Spirit Publik, Oktober 2008, Volume 4, Nomor 2, Halaman 215 – 228
- Singarimbun, Masri dan Effendi, Sofian (1991). *Metode Penelitian Survey*. LP3ES. Jakarta.
- Sitorus, Monang (2007). *Implementasi Kebijakan Pemilihan Kepala Daerah di Provinsi Nangroe Aceh Darussalam*. Jurnal Spirit Publik, Oktober 2007, Volume 3, Nomor 2, Halaman 125 – 140.
- Solihin, Dadang (2003). *Desentralisasi dan Otonomi Daerah*, dalam website <http://www.dadangsolihin.com/lecture>, diakses tanggal 21 Agustus 2010
- Supeno, Eko (1998). *Implementasi Kebijakan Jaring Pengaman Sosial - Operasi Pasar Khusus Beras (JPS – OPKB) Keluarga Pra Sejahtera*, dalam website <http://journal.unair.ac.id/filerPDF/IMPLEMENTASI%20KEBIJAKAN.pdf>, diakses tanggal 21 Agustus 2010.
- Suryawati, Retno (2006). *Implementasi Peraturan Daerah (Perda) Kota Surakarta Nomor 8 Tahun 2003 (Studi Kasus Pelaksanaan Pemberian Akta Kelahiran Gratis di Kota Surakarta)*. Jurnal Spirit Publik, Oktober 2006, Volume 2, Nomor 2, Halaman 121 – 130.
- Wahab, Solichin Abdul (2008). *Pengantar Analisis Kebijakan Publik*. Malang : UMM Press.
- Wahab, Solichin Abdul (2008). *Analisis Kebijaksanaan: Dari Formulasi ke Implementasi Kebijaksanaan Negara*, Edisi Kedua. Jakarta : PT. Bumi Aksara
- Winarno, Budi (2007). *Kebijakan Publik: Teori dan Proses*. Yogyakarta: Media Pressindo.